



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
**REGIONE PUGLIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BRINDISI**

N° \_\_1911\_\_ del registro delle deliberazioni

num. Prop. \_\_2275-17\_\_

**OGGETTO:** *Adozione del Regolamento per la gestione dei crediti derivanti da prestazioni sanitarie.*

il giorno \_\_06/11/2017\_\_ , presso la sede dell'Azienda Sanitaria Locale BR sita in Brindisi alla via Napoli n. 8,

Sull'argomento in oggetto, il Dirigente Amministrativo Dott.ssa Margherita BALDARI, sulla base dell'istruttoria effettuata, relaziona quanto appresso:

**VISTI:**

- il Decreto Legge (D.L.) 25.11.1989 n. 382, recante "Disposizioni urgenti sulla partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle Unità Sanitarie Locali", convertito con modificazioni nella Legge 25.1.1990 n. 8, che introduce a carico degli assistiti una quota di partecipazione alla spesa per le prestazioni di assistenza specialistica e farmaceutica;
- l'art. 4 co. 18 della Legge 30.12.1991 n. 412 [Legge Finanziaria (L.F.) 1992], che prevede il pagamento per intero della prestazione usufruita per i pazienti che non ritirino i risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio;
- l'art. 1 co. 796 lett. r) della Legge 27.12.2006 n. 296 (L.F. 2007), che prevede che a decorrere dall'1.1.2007 i cittadini, anche se esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria, qualora non provvedano al ritiro dei referti delle viste specialistiche o di esami diagnostici e di laboratorio, siano tenuti al pagamento per intero della prestazione ricevuta, sulla base di modalità stabilite da provvedimenti regionali;
- l'art. 3 co. 15 del D.Lgs. 29.4.1998 n. 124, recante "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, co. 50, della legge 27.12.1997 n. 449", che ha disposto che l'utente che non si presenta o non preannuncia l'impossibilità ad usufruire della prestazione prenotata è tenuto al pagamento della quota di partecipazione al costo delle prestazioni;
- l'art. 1 co. 796 lett. p) della Legge 27.12.2006 n. 296 (L.F. 2007), che prevede che per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero codificate come codice bianco, ad eccezione di quelle afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti, gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa di € 25,00;
- la medesima disposizione summenzionata introduce inoltre, a decorrere sempre dall'1.1.2007, una quota fissa di € 10,00 sulle ricette relative a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico degli assistiti non esenti;
- le Linee-guida n. 1/95 del Ministero della Sanità, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 150 del 19.6.1995, recanti l'applicazione del Decreto ministeriale sulle tariffe delle prestazioni ospedaliere, che prevedono che in caso di rinuncia o rinvio dell'intervento chirurgico per libera scelta del paziente le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove non più utili ai fini della valutazione pre-operatoria, saranno ritenute prestazioni ambulatoriali con il conseguente pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitarie da parte dell'utente;
- l'art. 1 co. 18 della Legge 23.12.1996 n. 662 [c.d. Legge Finanziaria (L.F.) 1997] che disciplina il modello di accesso ai ricoveri programmati con pre-ospedalizzazione, stabilendo che le prestazioni preventivamente erogate al paziente strettamente e direttamente collegate al ricovero programmato sono remunerate con la tariffa omnicomprensiva e non sono soggette al ticket;

- il Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze dell' 11.12.2009 “ Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale (D.G.R.) del 26.10.2010 n. 2268, recante “Legge Regionale 24 settembre 2010 n. 12 – Art. 3 Tetti di spesa – Liste di Attesa – Disposizioni Urgenti”, che ha previsto (punto 10 del deliberato) che per la mancata disdetta nelle 48 ore precedenti delle prenotazioni per visite e prestazioni debba essere applicata una penale equivalente alla quota di compartecipazione prevista per la prestazione interessata;
- la D.G.R. del 24.6.2011 n. 1397, recante “Piano Regionale per il Governo dei Tempi d’Attesa per il triennio 2011-2013” che ha ribadito (All. A pag. 20 punto 9) l’obbligo di richiedere al cittadino, nei casi di mancata disdetta entro le 48 ore, il pagamento di una penale equivalente al ticket previsto per la prestazione interessata;
- l’art. 17 co. 6 del D.L. 6.7.2011 n. 98, convertito con modificazioni nella Legge 15.7.2011 n. 111 che ha reintrodotto la quota aggiuntiva fissa a ricetta pari a € 10.00 per le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

**CONSIDERATO** che, in forza della sopra indicata normativa, si reputa opportuno dotarsi di un Regolamento organico al fine di definire procedure uniformi da seguire in tutte le articolazioni operative della A.S.L. impegnate nell’attività di recupero dei crediti, rivenienti da prestazioni sanitarie, nonché stabilire i criteri di valutazione da utilizzare per la definizione delle contestazioni eventualmente presentate dagli utenti a fronte delle richieste di pagamento.

**DATO ATTO** che questa A.S.L., in ottemperanza alle citate disposizioni nazionali e regionali, è già impegnata - per il tramite del personale individuato presso la Direzione Amministrativa aziendale, le Direzioni amministrative dei Presidi Ospedalieri, le Direzioni dei Distretti socio sanitari e del Dipartimento di Prevenzione - nell’attività di accertamento, gestione e recupero dei crediti inerenti le prestazioni sanitarie, ivi compresa la procedura di recupero coattivo, affidata all’Ente EQUITALIA Sud S.p.A. (deliberazioni n. 2361 del 30.12.2013 e n. 981 del 7.6.2016) e dall’1.7.2017 passata all’ AGENZIA delle Entrate – Riscossione.

**RITENUTO** di approvare il “Regolamento per la gestione dei crediti derivanti da prestazioni sanitarie, allegato e parte integrante del presente provvedimento.

Il Dirigente Amministrativo istruttore (*Dr.ssa Margherita BALDARI*) \_\_\_\_ fto \_\_\_\_\_

### **IL DIRETTORE GENERALE**

Dr. Giuseppe PASQUALONE, nominato con deliberazione della Giunta Regionale Pugliese n 160 del 10.02.2015 coadiuvato dal Direttore Amministrativo Dr.ssa Caterina DIODICIBUS e dal Direttore Sanitario Dr. Angelo Raffaele GRECO;

**Esaminata** e fatta propria la relazione del Dirigente istruttore Dr.ssa Margherita BALDARI;

**Acquisiti** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

### **DELIBERA**

per tutte le ragioni indicate in premessa che qui si intendono integralmente richiamate per farne parte integrante e sostanziale di:

1. Approvare il Regolamento per la gestione dei crediti derivanti da prestazioni sanitarie, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante.
2. Procedere con successiva nota provvedimento ad adottare idonea modulistica da utilizzare nelle diverse fasi dell’attività oggetto del Regolamento di che trattasi e a trasmetterla a tutte le Strutture interessate.

3. Precisare che, nelle more della predisposizione e trasmissione alle Strutture deputate di detta modulistica, le stesse continueranno ad utilizzare le modalità operative nonché i modelli e le comunicazioni già in uso per le richieste di pagamento da inviare agli utenti.
4. Riservarsi di modificare e/o integrare il presente provvedimento nel caso di sopraggiunte nuove determinazioni nazionali o regionali in materia.
5. Dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio aziendale.
6. Trasmettere la presente deliberazione ai Direttori dei Distretti socio sanitari, ai Direttori medici ed amministrativi dei PP.OO, al Direttore del Dipartimento di Prevenzione, al Direttore del Controllo di Gestione, nonché al Direttore della Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale per la pubblicazione sul sito Web aziendale.

Il Direttore Amministrativo (Dott.ssa Caterina DIODICIBUS) \_\_\_\_\_fto\_\_\_\_\_

Il Direttore Sanitario (Dott. Angelo Raffaele GRECO) \_\_\_\_\_fto\_\_\_\_\_

Il Direttore Generale (Dott. Giuseppe PASQUALONE) \_\_\_\_\_fto\_\_\_\_\_

Registrazione dell'annotazione di costo

Esercizio economico anno \_\_\_\_\_

Codice conto	Importo presente deliberazione	Totale annotazioni di conto

IL DIRIGENTE AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE \_\_\_\_\_

<b><u>Per copia conforme ad uso amministrativo</u></b>		<b><u>Certificato di pubblicazione</u></b>	
Brindisi, _____  Il Segretario _____		AFFISSA E PUBBLICATA ALL'ALBO PRETORIO DI QUESTA AZIENDA  Dal ___06/11/2017___ al _____ senza opposizioni  data _____  Il Segretario _____	
Atto soggetto a: Controllo regionale		Conferenza dei Sindaci	
Da trasmettere a: <b>uffici di staff</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segreteria Direzionale</li> <li>• Ufficio Affari Generali</li> <li>• Struttura Burocratico-Legale</li> <li>• Unità Controllo Gestione</li> <li>• Ufficio Sviluppo Organizzativo</li> <li>• URP e Marketing Aziendale</li> <li>• Servizio Prevenzione e Prot. Aziendale</li> <li>• Unità per i Servizi Socio – Sanitari</li> <li>• U.O. Statistica ed Epidemiologia</li> <li>• Ufficio addetto stampa</li> <li>• OIV</li> </ul> <b>Aree</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Area Gestione Personale</li> <li>■ Area Gestione Patrimonio</li> <li>■ Area Gestione Risorse Econ. Finanz.</li> <li>■ Area Gestione Tecnica</li> <li>■ Area Gestione Servizio Farmaceutico</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>Sito Web Aziendale art.3 L.R.40/07</b>  <input type="checkbox"/> <b>Portale Regione art. 16 L.R. 25/06</b>		<b>Presidi e Stabilimenti ospedalieri</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direzione Amm. P.O. Di Summa</li> <li>• Direzione Amm. P.O. Francavilla F.</li> <li>• Direzione Amm. P.O. Ostuni</li> <li>• Direzione Sanitaria P.O. Perrino</li> <li>• Direzione Sanitaria P.O. Francavilla F.</li> <li>• Direzione Sanitaria P.O. Ostuni</li> <li>• Direzione Sanitaria P.O. Mesagne</li> <li>• Direzione Sanitaria P.O. S.Pietro V.co</li> <li>• Direzione Sanitaria P.O. Ceglie Mess.</li> <li>• Direzione Sanitaria P.O. Fasano/Cist.</li> </ul> <b>Distretti Socio Sanitari</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Brindisi</li> <li>◦ Mesagne</li> <li>◦ Fasano</li> <li>◦ Francavilla Fontana</li> </ul>	
		<b>Dipartimenti Aziendali</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Prevenzione</li> <li>2 Salute Mentale</li> </ul> Strutture sovradistrettuali  Riabilitazione Dipendenze patolog. Servizio 118  <b>Dipartimenti ospedalieri</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Diagn. Patologica</li> <li>b) Diagn.per immagini</li> <li>c) Chirurg. Gen. e Spec.</li> <li>d) Medicina Gen. e Spec.</li> <li>e) Neuroscienze</li> <li>f) Anestesiologico</li> <li>g) Nefro-urologico</li> <li>h) Emergenza_Urgenza</li> <li>i) Materno-Infantile</li> <li>j) Onco-Ematologico</li> <li>k) Igienico-Organizzativo</li> <li>l) Farmacologico</li> <li>m) Cardiologico</li> </ul>	
		<b>Strutture diverse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Azienda agricola Melli</li> <li>- Corsi di laurea</li> </ul>	



AZIENDA SANITARIA LOCALE BRINDISI

## **Regolamento per la gestione dei crediti derivanti da prestazioni sanitarie**

## **ART. 1 AMBITO DI APPLICAZIONE**

Il presente regolamento individua e disciplina l'attività di accertamento, gestione e recupero dei crediti inerenti le prestazioni sanitarie e le azioni da porre in essere nel caso di mancato pagamento degli stessi.

## **ART. 2 DEFINIZIONE E TIPOLOGIA DI CREDITI**

I crediti oggetto del presente regolamento sono quelli rivenienti da qualsiasi fatto, evento o circostanza relativi ad una prestazione sanitaria prescritta (anche se, in taluni casi, non materialmente erogata) che generano, in capo all'Azienda, il diritto di esigere un determinato pagamento.

Di seguito si riporta un'elencazione delle varie tipologie di credito, che possono determinarsi in tali circostanze:

- a. ticket per prestazioni sanitarie rese per esenzioni non spettanti;
- b. penale per visite, esami diagnostici e di laboratorio, i cui referti non sono stati ritirati nei termini di giorni 30 dall'effettuazione della prestazione specialistica o dalla data indicata dall'Azienda per la consegna degli stessi;
- c. penale per mancata disdetta della prestazione sanitaria prenotata;
- d. ticket per esami pre-operatori dovuti in caso di rinuncia al ricovero programmato;
- e. ticket per prestazioni di Pronto Soccorso (codici bianchi);
- f. diritti sanitari ed altri crediti per attività svolta dal Dipartimento di Prevenzione.

## **ART. 3 ATTIVITA' ISTRUTTORIA, DI ACCERTAMENTO E DI RECUPERO DEL CREDITO**

L'attività istruttoria, di accertamento e di recupero dei crediti oggetto del presente regolamento è svolta - a seconda delle diverse tipologie di credito di cui al precedente art. 2 e come meglio successivamente specificato - dal personale all'uopo individuato presso la Direzione Amministrativa dell'Azienda ovvero presso ciascuna Direzione di Macrostruttura (Direzioni Amministrative dei PP.OO., Direzioni dei Distretti S.S. e del Dipartimento di Prevenzione) e sotto la responsabilità delle stesse, alle quali si deve far riferimento per il recupero dei crediti inerenti le prestazioni sanitarie. Per le attività a carico delle Direzioni di Macrostruttura l'ufficio interessato è quello insistente presso la struttura in cui il credito si è consolidato, intesa come quella competente all'esecuzione della prestazione sanitaria (erogata, oppure prenotata e non fruita, principio della struttura erogante e non della struttura prenotante), secondo i criteri e le modalità di cui al presente regolamento.

I suddetti Uffici, espletate infruttuosamente le attività amministrative di recupero bonario del credito vantato, daranno avvio alla procedura di recupero coattivo mediante immissione a ruolo, utilizzando, all'uopo, il software messo a disposizione dall'Ente Equitalia Sud S.p.A., ora Agenzia delle Entrate – Riscossione, la cui responsabilità, al pari dell'attività istruttoria, ricade sul Dirigente Responsabile della Macrostruttura.

I crediti così determinati dovranno essere oggetto di comunicazione all'Area Risorse Finanziarie per la relativa registrazione in contabilità.

**a. Ticket per prestazioni sanitarie rese per esenzioni non spettanti (D.M. 11/12/2009 e direttive regionali rese con nota AOO 081/2312 del 10 novembre 2016 e precedenti allegata)**

Il Sistema TS fornisce l'elenco, per anno, delle autocertificazioni dei cittadini tese ad ottenere l'esenzione dal pagamento del ticket per motivi di reddito, aventi esito negativo.

Inoltre, rende disponibili, per ogni titolare, i nominativi degli assistiti che hanno fruito di prestazioni in regime di esenzione, l'elenco delle prestazioni stesse e l'importo del ticket indebitamente non corrisposto. Il personale individuato presso la Direzione Amministrativa aziendale, acquisiti i dati di cui sopra, dovrà

inviare con raccomandata A.R. (o posta ordinaria per i crediti di modesta entità, vedi dopo art. 4) il cui costo è a carico dell'utente, un avviso di pagamento utilizzando il modello predisposto indicante l'importo del ticket non pagato, le modalità ed i termini di pagamento con l'avvertimento che, in caso di inadempimento, decorreranno gli interessi e le spese conseguenti alla procedura di recupero coatto, nonché allegato il prospetto relativo ai ticket non pagati.

Nel caso in cui l'utente, entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento dell'avviso, abbia effettuato il pagamento la procedura si intende positivamente conclusa senza più nulla da esigere da parte dell'Amministrazione.

Nel caso in cui, invece, l'utente, entro il suddetto termine, abbia contestato il pagamento presentando la documentazione probatoria della sussistenza del diritto all'esenzione, l'Ufficio competente, unitamente ad un Gruppo di Lavoro appositamente nominato, procederà ad una valutazione della stessa e la procedura si intenderà positivamente conclusa qualora verranno accolte le motivazioni adottate dall'utente, dandone all'interessato opportuna comunicazione .

In caso di valutazione negativa della contestazione (*vedasi dopo i criteri di valutazione delle contestazioni*), l'assistito sarà informato dell'esito e riceverà un ulteriore avviso bonario di pagamento. Qualora l'assistito dovesse essere titolare di altra esenzione, per reddito o per patologia o stato (invalidità, ecc.) l'Ufficio provvederà a rideterminare l'importo dovuto (*vedasi dopo i criteri di valutazione delle contestazioni*).

Nel caso in cui non pervenisse alcun riscontro, non venisse fatto alcun pagamento o venissero adottate dal debitore motivazioni non ritenute accoglibili, l'Ufficio competente, previa verifica delle predette condizioni, decorsi 60 giorni dall'invio dell'avviso di pagamento (o del 2° avviso di pagamento, in caso di contestazione valutata negativamente), trasmetterà, semestralmente al Comando Provinciale della Guardia di Finanza (come concordato a livello regionale – nota prot.n.A00-081/428 del 2/4/2015) l'elenco di tutti gli utenti che non hanno ottemperato, unitamente alla richiesta di pagamento e a tutta la documentazione comprovante l'esistenza del credito, al fine di attivarne i successivi accertamenti secondo le modalità nella stessa nota indicate.

Contestualmente, lo stesso Ufficio provvederà all'immissione a ruolo del credito nella procedura Agenzia delle entrate - Riscossione (ex Equitalia).

Di seguito si riporta la casistica prevalente delle contestazioni e relativi criteri di valutazione

#### **CASISTICA**

- A) Assistito in possesso, alla data di effettuazione delle prestazioni, di altre categorie di esenzione (ad es. invalidità civile superiore ai 2/3, patologia, ecc.) che danno diritto all'esenzione per tutte le prestazioni specialistiche oggetto di accertamento;
- B) Assistito in possesso, alla data di effettuazione delle prestazioni, di altre categorie di esenzione (ad es. patologia, maternità, ecc.) che danno diritto all'esenzione per una parte delle prestazioni oggetto di accertamento;
- C) Assistito che, pur in possesso di documentazione per ottenere l'esenzione, (sentenza di Tribunale per l'invalidità, verbale di invalidità, documentazione medica per patologia) non ha presentato allo sportello anagrafe assistiti la relativa richiesta;
- D) Assistito di cui alla lettera B) che ha provveduto, dopo aver chiesto il dettaglio delle prestazioni, in maniera autonoma, al pagamento parziale della sola quota di ticket delle prestazioni non coperte da esenzione per patologia;

#### **CRITERI DI VALUTAZIONE**

Premesso che, per prassi consolidata, in carenza di specifiche indicazioni normative, il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta, in presenza di esenzione per reddito e contestuale esenzione per invalidità/patologia, registra nella ricetta medica di prescrizione di visite/esami il codice di esenzione più favorevole in quel caso per la persona interessata;

Al fine di garantire uniformità nelle procedure, il rispetto dei principi di trasparenza, buona amministrazione e parità di trattamento, si prevedono i seguenti criteri di valutazione:

- A) accogliere positivamente, senza recupero del ticket richiesto con l'accertamento, le istanze formulate dagli assistiti che, alla data di effettuazione delle prestazioni, erano già in possesso di altre categorie di esenzione (ad es. invalidità civile superiore ai 2/3, patologia, ecc.) che avrebbero comunque garantito l'esenzione per tutte le prestazioni specialistiche effettuate;
- B) accogliere positivamente, con recupero parziale del ticket richiesto con l'accertamento, le istanze formulate dagli assistiti che erano, alla data di effettuazione delle prestazioni, già in possesso di altre categorie di esenzione (ad es. patologia, maternità ecc.) che avrebbero comunque garantito l'esenzione per una parte delle prestazioni effettuate;
- C) rigettare, con recupero totale del ticket richiesto con l'accertamento, le istanze formulate dagli assistiti che, pur in possesso di documentazione per ottenere l'esenzione, (sentenza di Tribunale per invalidità, verbale di invalidità, documentazione medica per patologia) non hanno presentato allo sportello anagrafe assistiti la relativa richiesta;
- D) accogliere positivamente, con recupero parziale del ticket richiesto con l'accertamento, le istanze formulate dagli assistiti, che hanno provveduto dopo aver richiesto il dettaglio delle prestazioni, in maniera autonoma, al pagamento parziale della sola quota di ticket delle prestazioni non coperte da esenzione per patologia;

Con riferimento alla sola casistica attinente alle condizioni di reddito, si entra nel merito delle seguenti particolari situazioni:

- E) Braccianti agricoli con limiti di reddito inferiori a quelli previsti dalla L. 537/1993 (cod. esenz. E02) per i quali il Sistema TS richiede il recupero del ticket per l'intero anno a prescindere dall'effettivo stato occupazionale alla data di effettuazione della prestazione. Per tale categoria si stabilisce di procedere al recupero delle sole prestazioni effettuate durante gli effettivi periodi lavorativi. Criterio applicabile, per analogia, anche ad altri lavoratori stagionali;
- F) Assistiti che hanno erroneamente riportato nella propria dichiarazione dei redditi (730-Unico), nel campo dei soggetti a carico, familiari per i quali non potevano usufruire delle detrazioni fiscali (quindi non appartenenti al nucleo familiare, quali coniugi effettivamente e legalmente separati o figli lavoratori con reddito superiore ad € 2.840,51). In tali casi il Sistema-TS ha sommato i redditi di tali soggetti a quello dell'assistito dichiarante nonostante gli stessi appartenessero a nuclei fiscali diversi. In tali situazioni sarà a carico dell'assistito l'onere di produrre all'ASL idonea e comprovante documentazione al fine di consentire all'Ufficio competente di verificare il reddito del nucleo fiscale reale, al netto di tali errori formali in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi;
- G) Assistiti (soprattutto ultrasessantacinquenni) che, al momento della richiesta dell'esenzione con autocertificazione, hanno dichiarato di rientrare nelle categorie di cui ai codici E02-E03-E04, mentre in realtà avevano il diritto all'esenzione in base al reddito con il codice E01 che prevede una soglia reddituale decisamente più alta rispetto ai codici E02-E03-E04. Per tale casistica, pur in presenza di una autocertificazione reddituale formalmente errata, sarà considerato il requisito sostanziale del diritto all'esenzione in base al reddito effettivo dell'assistito. Pertanto saranno accolte favorevolmente le istanze degli assistiti che dimostrino di avere i requisiti per ottenere l'esenzione con codice E01 (età e reddito inferiore ad € 36.151,98) pur in presenza di autocertificazione con codice E02-E03-E04;
- H) Assistiti, per i quali il Sistema-TS ha rilevato la seguente anomalia "*ESITO NEGATIVO - il titolare risulta occupato nel periodo dell'archivio mdl (Ministero del Lavoro)*", che hanno prodotto specifica attestazione (modello C/2 storico) rilasciata dal Centro per l'Impiego che



riporta nel campo classe stato occupazionale la seguente dicitura "Disoccupati". La definizione dello stato di disoccupazione è definita nel D.Lgs 21/04/2000 n. 181 e s.m.i. secondo il quale mantengono lo stato di disoccupazione i soggetti iscritti presso i Centri per l'Impiego che, pur svolgendo attività lavorativa, non superino determinati limiti di reddito o di ore lavorative settimanali. Tale normativa è stata recepita dalla Regione Puglia con DGR n. 1683/2003 e successive deliberazioni da ultimo DGR n. 2500 del 19/12/2013 "conservazione dello stato di disoccupazione". In queste situazioni non si procederà al recupero del ticket;

- I) Il nucleo familiare fiscale cui fare riferimento è quello riferito all'anno di imposta utilizzato per il reddito complessivo (ad es. reddito anno 2015 per Dichiarazione 2016). Con questa interpretazione, ad esempio, due coniugi che si separano nel corso del 2016, per la restante parte dell'anno dovranno continuare a considerare come reddito di riferimento per l'esenzione quello cumulativo di entrambi (reddito 2015) pur in presenza di un nuovo status giuridico.
- J) Istanze di riesame da parte di soggetti c.d. "inoccupati" cioè di coloro che non hanno mai prestato attività lavorativa o di lavoratori in mobilità e cassa integrazione. Tali istanze non possono trovare accoglimento ai sensi della vigente interpretazione normativa e giurisprudenziale.

**b. Penale per visite, esami diagnostici e di laboratorio i cui referti non sono stati ritirati nel termine di giorni 30 (L.412/91 art.4 c. 18, come modificato dalla L. 296/2006, Art. 1 c.796)**

Ai sensi delle disposizioni citate, è posto a carico dell'utente l'obbligo del ritiro del referto entro 30 giorni dall'effettuazione della prestazione specialistica o dalla data indicata dall'Azienda per la consegna dello stesso.

In caso di mancato ritiro, l'utente è tenuto, anche se esente, al pagamento per intero della prestazione usufruita, come previsto dal nomenclatore del tariffario regionale.

In caso di omesso ritiro del referto nei tempi prescritti, il Servizio o l'Ambulatorio erogante dovrà, con cadenza mensile, inviare all'Ufficio amministrativo presso la Direzione di Macrostruttura competente, l'elenco dei nominativi di coloro che non hanno ritirato il referto.

L'Ufficio preposto, quantificata l'entità del credito, dovrà inviare con raccomandata A.R. (o posta ordinaria per i crediti di modesta entità, vedi dopo art. 4) il cui costo è a carico dell'utente, un avviso di pagamento, utilizzando il modello predisposto, che dovrà contenere la causale, le modalità ed i termini di pagamento e l'avvertimento che, in caso di inadempimento, decorreranno gli interessi e le spese conseguenti alla procedura di recupero.

La procedura si intenderà definita senza ulteriori pretese da parte dell'Amministrazione nel caso in cui l'utente (o suoi familiari), entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento della raccomandata, abbia effettuato il pagamento, ovvero abbia prodotto, mediante le modalità indicate nello stesso invito, la documentazione probante la sussistenza di giustificazioni idonee al mancato ritiro, quali: decesso, restrizione della libertà personale, impossibilità documentata e continuativa per tutto il periodo normativamente previsto per il ritiro del referto senza incorrere in penali).

Nel caso in cui, nel termine assegnato, l'utente non abbia provveduto al pagamento, non abbia prodotto contestazione o le motivazioni addotte non siano considerate fondate, l'ufficio amministrativo preposto presso la Direzione della Macrostruttura, decorsi 60 giorni dall'invio dell'avviso di pagamento, provvederà all'immissione a ruolo del credito nella procedura ex Equitalia.

**c. Penale per mancata disdetta della prestazione sanitaria prenotata (D.Lgs.**

Ai sensi della normativa citata, è posto a carico dell'utente l'obbligo di provvedere alla disdetta della prenotazione della prestazione sanitaria specialistica ambulatoriale, nel caso in cui sia impossibilitato o non abbia più interesse a ricevere la prestazione, almeno 48 ore prima della data e dell'ora indicate sul modulo di prenotazione, mediante uno dei canali messi a disposizione (Sportelli CUP, Call-center, Sito Web aziendale, Farmacie).

L'utente che disdice la prenotazione riceve un codice univoco dell'operazione di disdetta.

In caso di mancata disdetta entro i termini ed in assenza di giustificati motivi, l'utente è tenuto, anche se esente, al pagamento a titolo di *penale* della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria prevista per la medesima prestazione.

L'Ambulatorio/Servizio erogante, provvede alla registrazione dell'avvenuta presentazione del paziente per l'erogazione della prestazione nel sistema informatico CUP.

A seguito di tali operazioni il Sistema Informativo CUP consentirà l'automatica rendicontazione degli utenti che non abbiano effettuato la disdetta della prenotazione nei termini di legge.

In caso di mancata erogazione della prestazione per motivi non dipendenti dall'utente (assenza dello specialista, avaria delle attrezzature, ecc.) ovvero per le condizioni del paziente, rilevate dall'erogatore, che impediscono l'esecuzione della prestazione, il personale addetto all'Ambulatorio, nel caso di sospensione eccezionale dell'agenda per le motivazioni suddette, provvede ad avvisare gli utenti telefonicamente assegnando loro una nuova data nella quale effettuare la prestazione, o a riprogrammare l'appuntamento non appena le condizioni del paziente lo consentiranno.

L'Ambulatorio/Servizio è tenuto a raccogliere ed a trasmettere all'Ufficio amministrativo preposto, con cadenza mensile, l'elenco dei nominativi di coloro che non hanno effettuato la disdetta della prenotazione, nei termini di legge .

L'Ufficio competente, quantificata l'entità del credito, dovrà inviare, con raccomandata A.R. (o posta ordinaria per i crediti di modesta entità, vedi dopo art. 4) il cui costo è a carico dell'utente, un avviso di pagamento, utilizzando il modello predisposto che dovrà contenere la causale, le modalità ed i termini di pagamento e l'avvertimento che, in caso di inadempimento, decorreranno gli interessi e le spese conseguenti alla procedura di recupero.

La procedura s'intenderà definita senza ulteriori pretese da parte dell'Amministrazione nel caso in cui l'utente, entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento della raccomandata, abbia prodotto, mediante le modalità indicate nello stesso invito:

1. il codice o comunque la prova dell'avvenuta cancellazione entro i termini ed attraverso i canali previsti;
2. l'attestazione del pagamento effettuato;
3. la documentazione probante la sussistenza, alla data programmata per l'erogazione della prestazione, di motivi che rendevano impossibile la presentazione in ambulatorio, quali: decesso, ricovero, accesso al Pronto Soccorso, malattia supportata da certificazione medica rilasciata in data certa, restrizione della libertà personale, grave impedimento sopravvenuto e documentato occorso nelle 48 ore antecedenti la prestazione (ad es. lutto di famiglia, incidente a familiare privo di altra assistenza, ecc.);

Nel caso in cui, nel termine assegnato, l'utente non abbia provveduto al pagamento, non abbia prodotto contestazione o le motivazioni addotte non siano considerate fondate, l'ufficio amministrativo preposto presso la Direzione di Macrostruttura competente, decorsi 60 giorni dall'invio dell'avviso di pagamento, provvederà all'immissione a ruolo del credito nella procedura ex Equitalia.

**d. Ticket per prestazioni effettuate per esami pre-operatori, In caso di rinuncia al ricovero programmato.**

Le prestazioni rese per esami pre-operatori, in preparazione di un ricovero programmato, sono parte integrante del ricovero e pertanto sono esenti dal pagamento di ticket a titolo di compartecipazione della spesa.

Nel caso in cui l'utente decida di non ricoverarsi per sua scelta, deve corrispondere, anche se esente, il ticket per le prestazioni ambulatoriali ricevute, a titolo di compartecipazione della spesa.

A tal fine, l'Unità Operativa presso cui il ricovero è stato programmato e che ha disposto l'esecuzione degli esami pre-operatori, dovrà, con cadenza mensile, inviare all'Ufficio amministrativo competente, l'elenco dei soggetti tenuti al pagamento del ticket, unitamente a tutta la documentazione comprovante la sussistenza del credito .

L'Ufficio preposto, accertata la effettiva sussistenza del credito e quantificata la somma da pagare, dovrà inviare, con raccomandata A.R. (o posta ordinaria per i crediti di modesta entità, vedi dopo art. 4) il cui costo è a carico dell'utente, un avviso di pagamento, utilizzando il modello predisposto che dovrà contenere la causale, le modalità ed i termini di pagamento e l'avvertimento che, in caso di inadempimento, decorreranno gli interessi e le spese conseguenti alla procedura di recupero.

Nel caso in cui l'utente, entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento del suddetto avviso, abbia prodotto, mediante le modalità indicate nello stesso invito, la ricevuta dell'avvenuto pagamento del ticket dovuto in relazione alle prestazioni erogate, la procedura s'intenderà definita senza ulteriori pretese da parte dell'Amministrazione.

Nel caso in cui, nel termine assegnato, l'utente non abbia provveduto al pagamento, non abbia prodotto contestazione o le motivazioni addotte non siano considerate fondate, l'ufficio preposto presso la Direzione della Macrostruttura competente, decorsi 60 giorni dall'invio dell'avviso di pagamento, provvederà all'immissione a ruolo del credito nella procedura ex Equitalia.

#### **e. Ticket per prestazioni di Pronto Soccorso (codici bianchi)**

Per le prestazioni erogate dai Servizi di Pronto Soccorso, alle quali all'atto delle dimissioni è stato attribuito il Codice Bianco, si procede come segue:

All'atto delle dimissioni con Codice Bianco il preposto ufficio del Pronto Soccorso consegna al paziente un modulo dal titolo "*Avviso di pagamento ticket*" contenente l'invito a regolarizzare entro il termine di 15 gg presso le postazioni CUP aziendali, che all'atto del pagamento quantificheranno l'importo relativo.

Il Servizio di P.S. con cadenza periodica trasmette all'Ufficio Spedalità della Struttura Ospedaliera l'elenco dei nominativi dei pazienti a cui è stato attribuito il codice Bianco.

Il medesimo Ufficio, a seguito di apposita istruttoria, accertato che il credito sia ancora sussistente, invia al soggetto interessato non esente un avviso di pagamento con raccomandata R.R. (con costi a carico dell'utente) assegnando il termine di 30gg.

Nel caso in cui l'utente, entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento della raccomandata, produca la ricevuta dell'avvenuto pagamento del ticket dovuto in relazione alla prestazione erogata, la procedura si intende positivamente conclusa, senza più nulla da esigere da parte dell'Amministrazione.

Nel caso in cui non pervenisse alcun riscontro, non venisse fatto alcun pagamento o non venisse esibita la documentazione attestante il diritto all'esenzione, l'ufficio preposto della Direzione della Macrostruttura, decorsi 60 giorni dall'invio dell'avviso di pagamento, provvederà all'immissione a ruolo del credito nella procedura ex Equitalia.

#### **f. Diritti sanitari ed altri crediti derivanti da attività svolta dal Dipartimento di Prevenzione.**

I Servizi del Dipartimento di Prevenzione (Sian, Siav, ecc.) svolgono in taluni casi attività che determinano in capo a soggetti terzi (in genere aziende e/o esercizi commerciali), l'obbligo di versamento in favore dell'Ente di Diritti sanitari o di importi di altra natura.

Per tale ragione gli Uffici territoriali dei predetti Servizi sono tenuti a raccogliere, con cadenza mensile, l'elenco dei soggetti che non hanno effettuato i versamenti nei termini di legge .

I suddetti Uffici, accertata la effettiva sussistenza del credito e quantificata la somma da pagare, dovranno inviare, con raccomandata A.R. (o posta ordinaria per i crediti di modesta entità, vedi dopo art. 4) il cui costo è a carico dell'utente, un avviso di pagamento utilizzando il modello predisposto, che dovrà contenere la causale, le modalità ed i termini di pagamento e l'avvertimento che, in caso di inadempimento, decorreranno gli interessi e le spese conseguenti alla procedura di recupero.

Nel caso in cui il soggetto debitore, entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento del suddetto avviso, abbia prodotto, mediante le modalità indicate nello stesso invito, la ricevuta dell'avvenuto pagamento dell'importo dovuto in relazione alle prestazioni erogate, la procedura s'intenderà definita senza ulteriori pretese da parte dell'Amministrazione.

Nel caso in cui, nel termine assegnato, il soggetto debitore non abbia provveduto al pagamento, non abbia prodotto contestazione o le motivazioni addotte non siano considerate fondate, gli Uffici territoriali trasmetteranno la relativa documentazione all'Ufficio preposto presso la Direzione della Macrostruttura il quale, decorsi 60 giorni dall'invio dell'avviso di pagamento, provvederà all'immissione a ruolo del credito nella procedura ex Equitalia.

#### **ART. 4 MODALITA' DI RICHIESTA DEL CREDITO**

Il D.P.R. 602/1973 art. 12 bis (importo minimo iscrivibile a ruolo) stabilisce che non si procede all'iscrizione a ruolo per somme inferiori a lire ventimila (€ 10,33).

Per quanto sopra, in relazione all'entità del credito, si stabiliscono le seguenti modalità operative:

- **per importi fino ad € 10,33** l'avviso di pagamento sarà inviato con posta ordinaria con addebito all'utente delle spese postali.

In caso di mancato pagamento, non si procederà all'invio di un secondo avviso. La procedura si riterrà comunque conclusa, per evitare aggravio di spese considerata l'alea della riscossione.

- **per importi superiori ad € 10,33** l'avviso di pagamento sarà effettuato mediante raccomandata A/R con addebito all'utente delle spese postali.

#### **ART. 5 RECUPERO MEDIANTE AGENTI DELLA RISCOSSIONE**

I crediti oggetto di recupero coattivo ai sensi del presente regolamento dovranno essere **certi, liquidi ed esigibili**:

- il credito è certo quando non è controverso nella sua esistenza (salvo opposizioni in fase di esecuzione);
- il credito è liquido quando è predeterminato in modo certo nel suo ammontare;
- il credito è esigibile quando non è sottoposto a condizione sospensiva né a termini ovvero è venuto a maturazione. E' pertanto suscettibile di riscossione.

#### **ART. 6 PRESCRIZIONE DEL DIRITTO DI CREDITO**

I diritti di credito si estinguono per prescrizione ai sensi degli artt. 2934 e segg. del Codice Civile, secondo le disposizioni ivi contenute nonché di quelle previste da varie leggi speciali, se l'Azienda

stessa non li esige dai soggetti debitori nelle forme e nei tempi previsti dalle vigenti disposizioni di legge. Forma: al fine di interrompere il termine di prescrizione è necessario costituire in mora il debitore, richiedendo il credito al soggetto tenuto al pagamento con raccomandata con avviso di ricevimento, che dovrà indicare l'importo, la tipologia di prestazione, il termine di pagamento e le modalità per effettuare il versamento dovuto.

Termini di prescrizione: il termine di prescrizione è il tempo previsto dalla legge entro il quale è necessario esercitare il diritto di credito. Il termine viene interrotto dal ricevimento della richiesta di pagamento del credito e ricomincia a decorrere nuovamente e interamente dal momento della sua interruzione.

In generale i diritti di credito si estinguono per prescrizione con il decorso di 10 anni .

## **ART. 7 RECAPITO DEL DEBITORE**

Gli indirizzi degli utenti cui inviare le richieste di pagamento di cui al presente regolamento saranno acquisiti dal Sistema EDOTTO.

Qualora la richiesta venga restituita al mittente con le seguenti indicazioni: *sconosciuto, trasferito, indirizzo inesatto, indirizzo insufficiente* e similari, si provvederà a richiedere l'indicazione della residenza al Comune competente.

Nel caso in cui l'utente risulti *irreperibile* da dichiarazione dell'Ufficio Anagrafe Comunale si procederà, di regola, ad archiviare la pratica.

Anche nel caso in cui l'utente in base alla dichiarazione dell'Ufficio Anagrafe Comunale risulti *deceduto*, si procederà, di regola, ad archiviare la pratica.

Nel caso di aziende/società (crediti vantati dal Dipartimento di Prevenzione), l'indirizzo di recapito sarà quello della sede legale della ditta debitrice.

## **ART. 8 RICHIESTE AD UTENTI MINORENNI**

Nel caso il sollecito debba essere inviato a soggetti minorenni le comunicazioni dovranno essere trasmesse, con l'indicazione nella lettera "ai genitori di..." o "al tutore di...".

Nel caso di riscossione coattiva di somme dovute da soggetti minori, la stessa dovrà essere rivolta ad uno dei genitori o, in mancanza, al tutore.

## **ART. 9 PAGAMENTI RATEALI**

Per i crediti il cui importo é pari o superiore ad **€ 150,00** potranno essere accolte richieste di rateizzazione con rate mensili di importo minimo non inferiore a:

- Ⓢ **€ 75,00 per crediti di ammontare sino ad € 300,00**
- **€ 100,00 per crediti di ammontare superiore ad € 300,00**

In ogni caso il numero massimo di rate non può superare le 12 mensilità.

Nel caso di situazioni documentate di grave disagio sociale e/o economico, potranno essere accolte domande di rateizzazione anche per importi minori, previa autorizzazione della Direzione Amministrativa aziendale.

In caso di interruzione del pagamento delle rate, è facoltà dell'A.S.L. BR dichiarare la decadenza dal beneficio della rateizzazione e richiedere, conseguentemente, il pagamento per intero del credito residuo nel termine di 30 giorni dalla data di ricevimento dell'avviso.

Nel caso in cui nel termine assegnato non venisse fatto alcun pagamento, decorsi 60 giorni dall'invio del suddetto avviso, si provvederà all'immissione a ruolo del credito residuo nella procedura ex Equitalia.

**ART. 10  
MODULISTICA**

Con successiva nota provvedimento si procederà ad adottare idonea modulistica da utilizzare nelle diverse fasi dell'attività oggetto del presente regolamento e a trasmetterla a tutte le strutture interessate.

**ART.11  
NORME DI RINVIO**

Per quanto non contemplato nel presente Regolamento si farà rinvio alle disposizioni normative statali e regionali in materia.